Rok XXXIX. Kraków, 13 Października 1900. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Patogeneza żółtaczki.

Podał

Prof. Browicz.

(Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dnia 23 lipca 1900 roku). *)

Dostawanie się żółci w obieg ogólny, czego widomym śladem zabarwienie tkanek barwnikiem żółci, to cecha żółtaczki. Określenie warunków, w których to się dzieje i w jaki sposób żółć dostaje się w obieg ogólny, oto zagadnienia, które dotąd nie są stanowczo rozwiązane. Nie podlega wątpliwości, że wątroba jest jedynem źródłem barwnika żółci. Jakkolwiek bowiem hematoidyna, powstająca w ogniskach krwotocznych, powstałych gdziekolwiekbądź w ustroju, jest pod względem składu chemicznego identyczną z bilirubiną, to jednakowoż ilość hematoidyny, tworzącej się nawet w wielkich ogniskach krwotocznych, jest bardzo małą; za powoli się ona wytwarza, nie może więc być przyczyną ogólnego zabarwienia tkanek. Pojawiająca się niekiedy, jakkolwiek rzadko, żółtaczka w następstwie większego krwotoku w miąższach ustroju nie jest zresztą, jak to słusznie Quincke[1]) tłómaczy, wynikiem wchłaniania hematoidyny, lecz następstwem dostawania się z ogniska krwotocznego rozpuszczonej hemoglobiny, która w wątrobie zmienia się w bilirubinę. Żółtaczkę tę zalicza Quincke do grupy żółtaczki z nadmiaru żółci *(icterus pleiochromicus)*. Pojęcie więc dawne żółtaczki, pochodzącej ze krwi *(icterus haematogenes, anhepaticus)* jest niesłuszne. Każda żółtaczka pochodzi z wątroby.

Moment mechaniczny uważany bywa za zwykłą, główną przyczynę przechodzenia żółci w obieg ogólny, za jedną z głównych przyczyn powstawania żółtaczki. Moment mechaniczny zaś polegać ma według przyjętego zapatrywania na sprawach chorobowych dróg żółciowych lub samego miąższu wątroby, wskutek czego prawidłowy odpływ żółci doznaje w różnym stopniu ujmy, a żółć dostaje się do naczyń limfatycznych, a wreszcie i do naczyń krwionośnych. Jeżeli bowiem żółć zatrzymuje się wskutek mechanicznego oporu w drogach żółciowych, aż do najdrobniejszych, włoskowatych przewodów żółciowych, gromadzi się, cofa się, następuje wessanie żółci przez naczynia limfatyczne. W miarę jak coraz więcej żółci w śródzrazikowych przewodach żółciowych, a wreszcie w komórkach wątrobnych się nagromadza, może w końcu przyjść do mikroskopowo widocznego dostania się żółci do naczyń włoskowatych krwionośnych. Zastój zaś i następne cofanie się żółci ku początkowym przewodom żółciowym śródzrazikowym odnosi się do różnego stopnia zwężenia lub zamknięcia, zatkania dróg żółciowych, w czem grają rolę kamienie żółciowe, raki woreczka żółciowego, żołądka, trzustki, wątroby, znaczniejsze powiększenia woreczka żółciowego, zmiana włóknista wątroby, nieżyty dróg żółciowych i t. d.

Nie zawsze, a nawet nie rzadko, nie łatwo jest, a nawet nie można odkryć anatomicznie niedrożności dróg żółciowych. Nawet w takich przypadkach starano się utrudnienie odpływu żółci odnieść do momentu mechanicznego. Żółtaczkę w toku zapalenia płuca tłómaczy Ponfick niedostatecznymi ruchami oddechowymi przepony, wskutek czego jedna z przyczyn wydalania żółci z przewodów żółciowych odpada. Żółtaczkę u ludzi, dotkniętych wadą organiczną serca, tłómaczono zmniejszeniem się ciśnienia krwi, albo uciśnięciem drobniejszych przewodów żółciowych przez rozszerzone naczynia włoskowate krwionośne. Żółtaczkę w toku chorób ostrych zakaźnych odnoszono do wikłającego je nieżytu przewodu pokarmowego. W sprawach chorobowych wątroby, gdzie nie można było wykazać namacalnych przyczyn utrudnienia odpływu żółci w wątrobie i poza wątrobą, odnoszono żółtaczkę także do powiększenia, obrzmienia komórek wątrobnych, które mają uciskać przewody włoskowate żółciowe i utrudniać w ten sposób prawidłowy odpływ żółci, lub do nieżytu najdrobniejszych przewodów żółciowych, lub zatkania tychże złogami barwnika, złuszczonemi i napęczniałemi komórkami nabłonkowemi. Hanot[2]) odnosi przyczynę ciężkich postaci żółtaczki do zjawiska rozczłonkowania zrazików wątroby.

Istnieją jednakże wcale nie rzadkie przypadki, gdzie żadnej z tych wymienionych przyczyn, mających utrudniać odpływ żółci, ani makroskopowo, ani też mikroskopowo, ani wśród, ani poza wątrobą wykazać nie można, a żółtaczka wybitna z wszelkiemi, charakterystycznemi cechami istnieje. Nadmienić tu muszę, iż na podstawie własnych badań istnienia nieżytu, złuszczania się i gromadzenia się nabłonka w przewodach żółciowych, mających wyściółkę nabłonkową, których początek tkwi w zrazikach wątrobowych, jakoteż w przewodach żółciowych międzyzrazikowych, stwierdzić nie mogłem.

W takich więc przypadkach odnoszono przyczynę żółtaczki (Minkowski, Liebermeister, Pick i inni) do szczególnych zboczeń czynności komórek wątrobnych. Minkowski tak się wyraża: „Die besondere Eigenschaft der Leberzelle, vermöge deren sie es vermag, gewisse Stoffe nach den Gallenwegen, andere nach den Blutgefässen oder Lymph-

*) Praca niniejsza prof. Browicza jest streszczeniem szeregu jego badań nad patogenezą żółtaczki. drukowanych w „Przeglądzie lekarskim“; umieszczamy ją z tego powodu, chociaż już została gdzieindziej ogłoszoną. *(Red.)*

[1]) Die Krankheiten der Leber. *Specielle Pathologie und Therapie Nothnagels* t. 13 st. 143.

[2]) Hanot. Ictère par dislocation de la travée (ictère par obstruction intralobulaire) *Semaine médicale* 1895 Nr. 61.

wegen zu leiten, also den Gallenfarbstoff nach den Gallenwegen, Zucker und Harnstoff nach dem Blute hin auszuscheiden, ist offenbar an die normale Ernährung und normale Function der Zelle selbst gebunden. Störungen dieser Function der Zelle können auch ohne mechanische Behinderung des Gallenabflusses einen Übertritt von Gallenbestandtheilen in das Blut zur Folge haben". *(Parapedesis bilis)* Liebermeister upatrywał przyczynę żółtaczki wobec braku jakichkolwiek mechanicznych przeszkód odpływu żółci w mniejszem lub większem schorzeniu komórek wątrobnych, które nie są wówczas w stanie zatrzymać żółci, która przenika do limfy i do krwi *(icterus akathectitus)*. Natomiast Pick zwrócił uwagę na alteracyę czynności komórek wątrobnych, na szczególne anomalie w wydzielaniu, wydalaniu żółci z komórek wątrobnych, która to alteracya sprowadza za sobą nieprawidłowy kierunek wydalania żółci z komórek wątrobnych, w czem i wpływom nerwowym, toksycznym i zakaźno-toksycznym Pick znaczenie przypisuje *(paracholia)*.

Co do drugiego zagadnienia, jakiemi drogami żółć dostaje się z wątroby w obieg ogólny, tłómaczono to sobie długo w ten sposób, iż żółć w razie nieprawidłowego ciśnienia przenika wprost do naczyń krwionośnych, stosownie do tego, czy ciśnienie w przewodach żółciowych zwiększa się, a ciśnienie w naczyniach krwionośnych opada. Później powstały wątpliwości, a mianowicie od czasu doświadczeń Fleischla (1874), Kunkela, Kufferatha, V. Harleya, według których po równoczesnem podwiązaniu u psa głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego limfatycznego nie pojawiała się żółtaczka. barwnik żółci i kwasy żółciowe wykazać można tylko w limfie, a nie w krwi i w moczu, żółć więc, zatrzymana przez podwiązanie głównego przewodu żółciowego nie naczyniami krwionośnemi, lecz limfatycznemi dostaje się w obieg ogólny.

Zapatrywanie to ogólnie przyjęto i jeszcze dzisiaj ono się utrzymuje. Doświadczenia Wertheimera i Lepagea[3]), D. Gerhardta[4]) jakoteż Queirolego i Benvenuta[5]) dały wprost przeciwny wynik. Wertheimer i Lepage wprowadzali do jednego przewodu żółciowego u psa żółć wołu lub barana, której widmo jest charakterystyczne, różne od widma żółci psa, jakoteż w drugiej seryi doświadczeń indygosiarkan sodowy i przekonali się, że z przewodów żółciowych innych płatów wątroby, dokąd tylko drogą krwi żółć wołu lub barana, jakoteż indygosiarkan sodowy dostać się mogły, wypływała żółć, obce substancye zawierająca, i doszli do wniosku „que non seulement les vaisseaux sanguins prennent une part active à la resorption du pigment bleu (ou du pigment etranger a la bile du chien), mais encore que les lymphatiques n'y ont qu' une part très restreinte". D. Gerhardt powtarzał dawniejsze doświadczenie z podwiązywaniem równoczesnem głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego limfatycznego i spostrzegał stale żółtaczkę, a w moczu już mniej więcej w 20 godzin po podwiązaniu obu przewodów obficie barwnik żółci. Gerhardt dostrzegł, iż u psów, u których oba przewody, tak główny przewód żółciowy, jakoteż piersiowy, były podwiązane, ukazywał się barwnik żółci w moczu równie szybko i obficie, jak u psów, których przewód piersiowy nie był podwiązany. Ażeby rozstrzygnąć, czy żółć tylko wtedy, gdy przewód piersiowy jest podwiązany, wprost do krwi się dostaje, czy też ona, jak długo droga limfatyczna drożna przecież, jak to poprzedni eksperymentatorowie podają, limfą w obieg ogólny przechodzi, tworzył on kilka godzin po podwiązaniu głównego przewodu żółciowego przetokę przewodu piersiowego. Psy żyły w pomyślnych przypadkach około 14 godzin po drugiej operacyi. Te drugie doświadczenia wykazały zgodnie, że limfa po krótszym lub dłuższym czasie zawiera żółć, której Gerhardt ani w krwi, ani w moczu wykazać nie mógł. Z obu tych szeregów doświadczeń, jakkolwiek pierwsza serya odmienny, aniżeli u poprzednich eksperymentatorów, wynik wykazała, wnosi D. Gerhardt mimo tego stanowczo, iż droga limfy jest niejako prawidłową drogą wchłaniania zastałej żółci, dopiero gdy droga limfatyczna zamknięta, dostaje się żółć w inny sposób do krwi.

Queirolo i Benvenuti doszli w doświadczeniach swoich do przekonania, iż po równoczesnem podwiązaniu głównego przewodu żółciowego i przewodu piersiowego w ciągu 24—30 godzin powstaje stale żółtaczka, która się dalej potęguje, z czego wnoszą, iż dostawanie się żółci w obieg ogólny dzieje się drogą naczyń krwionośnych, a mianowicie żyłami śródwątrobowemi. Nadto podwiązywali równocześnie oba przewody, otwierali później przewód piersiowy, jakoteż podwiązywali tylko przewód główny żółciowy i w tym samym czasie, jak w pierwszej seryi, tak samo i w obu ostatnich powstawała żółtaczka.

Wyniki doświadczeń na psach Fleischla, Kunkla, Kufferatha, Harleya są więc odmienne, różne, aniżeli wyniki doświadczeń Wertheimera i Lepagea, Queirolego i Benvenuta, jakoteż D. Gerhardta, według mego zdania bowiem, wysnuł D. Gerhardt z drugiej seryi swych doświadczeń mylny wniosek, gdyż za krótko psy utrzymywały się przy życiu.

Tak przedstawia się w grubych zarysach dzisiejszy stan nauki o powstawaniu żółtaczki.

Cóż nam mikroskop w tej kwestyi wykazuje, czy można z obrazów mikroskopowych wysnuć jakieś pewniejsze wnioski?

Badając [1]) wątrobę w różnych stanach chorobowych,

---

[3]) Absorption des pigments dans le foie, *Archives de physiologie normale et pathologique* 1897.

[4]) Zur Pathogenese des Icterus. *Verhandlungen des Congresses für innere Medizin* 1897.

[5]) Neuvième congrès de la société italienne de medecine interne 1898. *Semaine medicale 1898* Nr. 51.

[1]) Prace moje z zakresu studyum wątroby są następujące:

a) O rozczłonkowaniu zrazików wątroby, *Nowiny lekarskie* 1897 i *Virchowa Archiwum* t. 148.

b) O różnorodności złogów żółci śródkomórkowych w stanach chorobowych komórek wątrobnych i t. d. *Przegląd lekarski* i *Deutsche med. Wochenschrift* 1897 Nr. 23.

c) O śródkomórkowych kanalikach żółciowych i t. d *Akad. umiej. krak. Marzec* 1897.

d) O patologicznym stanie jądra komórek wątrobnych, przemawiającym za tem, iż jądro spełnia funkcyę wydzielniczą. *Akad. umiej. Kwiecień* 1897.

e) O budowie komórki wątrobnej. *Akad. umiej. Maj* 1897.

f) Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę. *Akad umiej. Czerwiec* 1897.

g) O zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobnej. *Akad. umiej. Kwiecień* 1898.

h) O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. *Akad. umiej. Kwiecień* 1898.

(Dalszy ciąg prac na stronie następnej).

studyując dokładniej budowę wątroby, jakoteż po części budowę komórki wątrobnej, zwróciwszy uwagę na niektóre obrazy mikroskopowe komórek wątrobnych, dające się wywołać doświadczalnie, doszedłem w sprawie patogenezy żółtaczki do wyników i wniosków, różniacych się od zapatrywania, ogólnie dzisiaj przyjętego.

U psów, u których podskórnem wstrzykiwaniem toluilendiaminy wywoływałem żółtaczkę, a u których nawet już drugiego dnia po stosowaniu toluilendiaminy powstać może żółtaczka, przedstawiająca więc wszystkie cechy żółtaczki ostrej, z jaką się na stole sekcyjnym chyba tylko wyjątkowo spotkać można, znalazłem następujący obraz mikroskopowy w wątrobie, przed zastosowaniem tuluilendiaminy zupełnie prawidłowej [7]). Toluilendiamina rozpuszcza krwinki czerwone, a przynajmniej hemoglobina przechodzi w roczyn, o czem świadczą złogi barwnika, ziarniste, brunatno czarne w świetle naczyń krwionośnych, tudzież złogi ściśle ograniczone w komórkach ściennych naczyń, jakoteż w komórkach wątrobnych, tak w cytoplazmie, jakoteż w jądrze, w preparatach z kawałków stwardnionych w formalinie. Formalina jest bowiem mikrochemicznym odczynnikiem na płynną hemoglobinę w tkankach, komórkach znajdować się mogącą (obacz: „O zjawiskach krystalizacyi w komórkach wątrobnych“) Dalszym dowodem przechodzenia hemoglobiny w roczyn są kryształy hemoglobiny, które się w naczyniach krwionośnych znajduje. Obrazy takież same, jakie spotykamy w muszkatołowej wątrobie człowieka lub w wątrobie psa po wstrzyknięciu do żyły szyjnej roczynu hemoglobiny. Prócz tego zmieniają się pod wpływem toluilendiaminy własności niektórych krwinek czerwonych, które już w naczyniach krwionośnych zlepiają się w bryłki różnej wielkości, kuliste, takież same, jakie opisałem w cytoplazmie komórek wątrobnych psa (obacz: „Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną“). Naczynia włoskowate krwionośne śródzrazikowe znajdowałem rozszerzone w różnym stopniu, w komórkach ściennych tychże naczyń — wśród wątroby o strukturze zrazików normalnej — złogi żółci, częścią w kształcie tworów kulistych, częścią pasm ściśle odgraniczonych, nawet rozgałęziających się, sięgających niekiedy aż do brzegu zewnętrznego komórki. Komórki albo ściśle przylegały do brzegu beleczek wątrobnych, albo też były oddzielone, złuszczone i leżały wolno w świetle naczynia. Niekiedy można było wykazać związek tych złogów żółci wśród komórek ściennych ze złogami żółci wśród komórek wątrobnych, lub też, co częściej, ze złogami żółci w przewodach żółciowych międzykomórkowych, które to przewody, jak to z mojej pracy „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i t. d.“ wynika, stykają się z naczyniami krwionośnemi [8]). Obok tego przewody żółciowe międzykomórkowe przepełnione były żółcią, znacznie nieregularnie rozszerzone wskutek nadmiaru znajdującej się w nich żółci. Komórki wątrobne, graniczące tak z przewodami żółciowymi międzykomórkowymi, jakoteż z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, nie zawierały złogów żółci jakiejkolwiekbądź postaci lub też tylko niekiedy małe ich ślady. Szczegóły te widać na rysunkach, dołączonych do moich prac, przytoczonych powyżej. (C. d. n.)

i) Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej psa po wstrzyknięciu roczynu hemoglobiny do żyły szyjnej. *Akad. umiej. Listopad* 1898.

j) Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i t. d. *Akad. umiej. Lipiec* 1899.

k) Drogi odżywcze w komórce wątrobnej. *Akad. umiej. Lipiec* 1899.

l) W obronie prac moich. *Krytyka lekarska* 1899.

m) O śródnaczyniowych komórkach i t. d. *Gazeta lekarska* 1900 i *Arch. f. mikr. Anatomie* t. 55.

n) Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych. *Akad. umiej. Styczeń* 1900.

o) Budowa śródzrazikowych naczyń krwionośnych włoskowatych i ich stosunek do komórek wątrobnych. *Akad. umiej. Maj* 1900.

[7]) Sposób postępowania przy konserwowaniu, stwardnianiu kawałeczków wątroby i sporządzaniu preparatów mikroskopowych nie jest tu obojętny, a postępowanie moje następujące:

Stwardniałem kawałeczki wątroby w 2% formalinie, w tem zagęszczeniu nie kurczącej silnie tkanki, a konserwującej dobrze barwnik żółci, który także sublimat dobrze konserwuje. Ale wtedy następne wypłókiwanie sublimatu wodą, odwadnianie coraz silniejszym alkoholem, procedura przy zatapianiu, czy to w parafinie, czy też w celoidynie, usuwanie tychże ze skrawków, cały szereg tych procedur wiedzie do łatwego wyługowania barwnika tak dalece, iż może zniknąć wszelki ślad barwnika żółci, który w ocenianiu obrazu mikroskopowego właśnie tutaj ma tak ważne znaczenie, gdy przeciwnie z kawałeczków, w formalinie stwardnianych, przez przymrażanie kawałeczków można uzyskać zaraz mikrotomem preparaty bardzo cienkie z zachowaniem barwnika żółci. Ochrania się przez to tkankę od całego szeregu procedur i różnorodnych wpływów chemicznych i zyskuje doskonałe preparaty. Dlatego to tej metody, a nie innych w badaniach moich stale używam, tembardziej, że stwardnianie w formalinie i z wielu innych względów, o których pisałem w publikacyach moich np. (Gazeta lekarska i Arch. f. mikr. Anatomie) jest nader korzystne.

[8]) Już po ogłoszeniu pracy mojej »O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń włoskowatych krwionośnych spotkałem się w 8 wydaniu histologii Stöhra, str. 229 w przypisku 3 z następującą uwagą: »Ob dies ausnahmslose Regel ist (scil, dass die intercellulären Gallengänge sich mit den Blutcapillaren nicht berühren) scheint mir neuerdings zweifelhaft: ich habe an sehr feinen injizirten Schnitten der Kaninchenleber an einzelnen Stellen Gallencapillaren dicht neben Blutcapillaren gesehen«. Szczegół ten jest, jak się z obrazów mikroskopowych wątrób żółtaczkowych u psa i człowieka przekonałem, stały.

II. Ze Szpitala Śgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

W sprawie gruźlicy u dzieci.

(Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem). [1])

Podał

Dr. Jan Raczyński

Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

II.

Nie może ulegać wątpliwości, że ścisłe i pewne rozpoznanie niektórych postaci gruźlicy w wieku dziecięcym przedstawia w znacznej części przypadków poważne trudności. Czyto weźmiemy pod uwagę wczesny okres gruźlicy płuc, czy przypadek gruźlicy ogólnej z przebiegiem ostrym lub przewlekłym, czy wreszcie gruźlicę ograniczoną, miejscową, gdy nie jest usadowioną powierzchownie, wszędzie napotkamy na mniejsze lub większe trudności rozpoznawcze. Rozpatrując protokoły sekcyjne i porównywując je z rozpoznaniem klinicznem, mogłem się przekonać, że z naszych 611 przy-

[1]) Patrz Nr. 29 „Przeglądu Lekarskiego“.

padków stwierdzonej przy sekcyi gruźlicy, około 100 za życia było nierozpoznanych, a przydarzało się to najczęściej u dzieci młodszych, u których warunki rozpoznania, jak wiadomo, są jeszcze trudniejsze. Nie liczę tutaj wcale owych 114 przypadków gruźlicy utajonej, (przeważnie w gruczołach oskrzelowych), gdyż przypadki te wogóle rozpoznać się prawie nie dadzą. Nie brakło też przypadków, w których klinicznie rozpoznano gruźlicę, a przy sekcyi jej nie było; w tych przypadkach najczęściej wprowadziło klinicystę w błąd przewlekłe cierpienie przewodu pokarmowego z wyniszczeniem i następowem zajęciem płuc.

Gdzie leży przyczyna tych trudności w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci? Niewątpliwie przedewszystkiem w samym przebiegu gruźlicy we wczesnych okresach życia, w różnorodności postaci tej choroby i w zmienności, niestałości poszczególnych objawów. Podczas kiedy u dorosłego gruźlica przebiega mniej więcej podług pewnego typu, u dzieci jeden przypadek nie jest podobny do drugiego i to tak pod względem wywołanych zmian anatomicznych, jak i objawów klinicznych. Wykazanie prątków gruźliczych, tak ważny i rozstrzygający czynnik rozpoznawczy w gruźlicy osób dorosłych, prawie zupełnie odpada u dzieci, zwłaszcza mniejszych. Przyczyna tego nie leży w tem, że dzieci nie umieją wykrztuszać plwociny, bo łatwoby ją było wydostać drażniąc dziecko do kaszlu n. p. szpatułką, lub wyciągnąć ją cewnikiem, wreszcie można poszukiwać połkniętej plwociny, a z nią prątków w treści żołądka (przepłókiwaniem), lub w kale (Meunier, Kossel, Kaufmann), ale przyczyną, że poszukiwania te rzadko tylko prowadzą do celu mimo obecności gruźlicy, jest znów swoisty przebieg gruźlicy u dzieci, rzadko prowadzący do rozpadu miąższu płuc. Wyjątkowo więc tylko może pedyatra oprzeć swe rozpoznanie na tak pewnym objawie, jakim jest wykazanie prątków gruźliczych; częściej znajduje się w tem położeniu, że podejrzywając w danym przypadku gruźlicę, domyślając się jej niejako, nie może znaleść dostatecznej podstawy do ścisłego klinicznego rozpoznania.

Przekonamy się o tem, przechodząc pokrótce objawy gruźlicy u dzieci: i tak, nie posiadają w rozpoznawaniu gruźlicy w wczesnym wieku większego znaczenia objawy takie, jak bladość, brak łaknienia, zmiana usposobienia i t. d., gdyż przydarzają się one u dzieci także często z wielu innych przyczyn. U dorosłych prowadzi gruźlica stale i z reguły do mniejszego lub większego wychudzenia i wyniszczenia ustroju; u dzieci może gruźlica śmierć sprowadzić, nie podkopawszy ogólnego odżywienia i nieraz spotykamy na stole sekcyjnym osobniki, zmarłe z gruźlicy, o których powiemy, że odżywienie ich jest dobre.

W ostatnich czasach podniesiono do znaczenia wybitnego objawu gruźlicy pewne właściwości w budowie kośćca gruźliczych, lub do niej usposobionych. Nie ulega wątpliwości, że dość często dzieci rodziców gruźliczych już przychodzą na świat z pewnem „piętnem gruźliczem“ a obecność tego rodzaju znamion wzbudzi podejrzenie istnienia tej sprawy chorobowej i zaważy w rozpoznaniu; musimy jednak dodać, że częściej znamiona te występują dopiero z późniejszym wiekiem dziecka, że przytem spotykamy je w przypadkach gruźlicy płucnej, a więc stosunkowo najłatwiejszej do rozpoznania, wyjątkowo tylko w gruźlicy ogólnej, a właśnie wtedy rozpoznanie najtrudniejsze.

Mniej lub więcej to samo można powiedzieć o wartości wyników badania fizykalnego płuc; większe znaczenie miałoby wykazanie powiększonych gruczołów oskrzelowych, zapomocą opukiwania i osłuchiwania, czy też za pośrednictwem t. zw. objawu Smitha.

Nie może rozstrzygać o tem, czy mamy z gruźlicą do czynienia, obecność gorączki, ani jej przebieg, gdyż wiadomo, że np. gruźlica ogólna (postać przewlekła) może przebiegać bez gorączki *(tuberculose généralisée chronique apyrétique Marfana)*, a w przypadkach, przebiegających z gorączką, z wyjątkiem postaci suchot płucnych, przydarzającej się u dzieci starszych, tor jej nie da się ująć w żaden stały typ.

Wiele czasu i pracy poświęcono wykazaniu związku między obecnością pewnych ciał w moczu, dających odczyn diazowy (diazoreakcya Erlicha) a gruźlicą; ostatecznie wykazano (Krokiewicz, H. Wolff, Michaelis), że odczyn ten nie jest stałym i pewnym objawem, a obecność jego może mieć raczej znaczenie dla rokowania w gruźlicy, niż dla rozpoznania.

Istnieniu jakiegokolwiek związku między indykanurya a gruźlicą u dzieci wprost zaprzeczono (Momidłowski). Badania krwi (Holmes) w gruźlicy co do zachowania się ciałek białych nie wydały też wyników, na którychby się w rozpoznaniu oprzeć było można; raczej możnaby z nich skorzystać przy rokowaniu.

Nie wiele też zmieniły stan dyagnostyki gruźlicy u dzieci podane w ostatnich czasach sposoby jej rozpoznawania: Roentgenografią chyba tylko w wyjątkowych przypadkach wykazać można i to daleko posunięte zmiany gruźlicze; wogóle rozpoznanie gruźlicy zapomocą X-promieni tylko nader rzadko jest możliwe. Rozpoznanie gruźlicy z własności aglutynacyjnych krwi osób gruźliczych dotąd mimo twierdzenia Szumowskiego, że prątek gruźliczy posiada ruchomość, oraz odnośnych prac Arloinga i Curmonta, nie znalazło szerszego zastosowania [1])

Częstość, z jaką zmiany gruźlicze usadawiają się w gruczołach chłonicznych, z drugiej strony fakt, że u osobników, dotkniętych gruźlicą, spotykamy z reguły powiększenie tych gruczołów, (choć nie zawsze z przyczyny obecności prątków Kocha), nadaje wynikowi badania gruczołów chłoniczych w rozpoznawaniu gruźlicy wybitne stanowisko. Klinicysta zwraca więc zawsze uwagę na gruczoły chłonicze, a stwierdziwszy je, zadaje sobie pytanie, jakie im w danym przypadku przypisać znaczenie. Wyjątkowo tylko może on iść za radą v. Noordena, aby wyciąć jeden gruczoł na próbę i poddać go badaniu mikroskopowemu, lub co pewniejsza, szczepieniu na zwierzęta, częściej musi mu wystarczyć tylko badanie zewnętrzne, a wtedy tem bardziej pamiętać powinien, że gruczoły obrzmiewają z wielu innych przyczyn ogólnych i miejscowych.

Kiedyż więc wolno klinicyście z powiększenia gruczołów chłoniczych wnosić o obecności gruźlicy? mojem zdaniem wtedy, jeśli spotyka powiększenie gruczołów wszystkich jednocześnie, a więc karkowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych, a wykluczy inne choroby, wywołujące te zmiany, nadto, gdy to powiększenie utrzymuje się czas dłuższy, a poszczególne gruczoły przedstawiają się badającemu jako drobne, twarde, paciorkowate, niebolesne, pod skórą

[1]) Moussous doniósł w r. b. na Zjeździe lek. w Paryżu, że w szpitalu w Bordeaux uzyskano tym sposobem zadawalniające wyniki.

ruchome guzki. *(Micro-polyadénopathie infantile.* Légroux 1888).

W objawie tym szczególnego znaczenia nabiera wykazanie obrzęku gruczołów pachowych; gruczoły karkowe obrzmiewają bowiem często z powodu wyprysków lub tak częstych łojotoków (seborrhea) na głowie u dzieci; gruczoły pachwinowe spotykamy często u dzieci po przebyciu chorób przewodu pokarmowego; znacznie rzadziej istnieje taka przyczyna miejscowa dla gruczołów pachowych, a tem samem ich obecność odnosimy do przyczyn ogólnych, między innemi do gruźlicy.

Pewne znaczenie dla rozpoznania mogą mieć też blizny po przebytych ropieniach w skórze, gruczołach chłonnych, chrząstkach, kościach, o których na podstawie usadowienia, rozległości wejrzenia i t. d. przypuszczamy, że były gruźlicze; pamiętać jednak i o tem musimy, że w myśl zapatrywań niektórych autorów przebyte ropienia gruźlicze ustrój przeciw gruźlicy uodparniają. (Dok. nast.)

III. Wyciągi.

Prof. Strümpell (Erlangen). **O pojawianiu się i rozpoznaniu dny.** *(Münch. med. Wochenf. Nr. 38, 1900).* Jedną z najważniejszych cech rozpoznawczych tego cierpienia jest napadowo występująca bolesność w stawach palucha, nawet w przypadkach, w których zmiany anatomiczne są w innym stawie usadowione. Nie mniej znamienną jest także okoliczność, że dna napada w ogólności stawy odległe, w szczególności zaś częściej stawy kończyn dolnych, aniżeli górnych; — bardzo rzadko zajmuje staw barkowy lub biodrowy, czem właśnie się różni od cierpień gośćcowych; nadto w większości przypadków chorobowych jest tylko jeden staw (paluchowy, skokowy, kolanowy lub śródręcza) schorzały. Jeśli do tego dodamy częstość występowania napadów dnawych i ich krótkotrwałość (czem się także odróżniają od gośćcowych), dalej nadmierną bolesność, obrzęk i zaczerwienienie zajętego stawu, wówczas rozpoznanie dny nie przedstawia trudności. Z innych pomniejszych objawów zasługują na wzmiankę zaburzenia żołądkowo-jelitowe i lekko podniesiona ciepłota ciała.

W rzędzie dnawych schorzeń narządów wewnętrznych stoi na pierwszem miejscu dnawy zanik nerek (gichtische Schrumpfniere); stan chorobowy nerek łatwo rozpoznać, nie ulega wątpliwości (białkomocz, zmiany w sercu); trudniej atoli jego tło wyśledzić. I tutaj dokładne wywiady wraz z czynnikami etyologicznymi na właściwą wprowadzą drogę. Tak samo rzecz się ma z dnawemi zmianami narządu krążenia; pamiętać jednak należy, że u chorych dnawych wcześnie stosunkowo wykazać można miażdżycę tętnic z wszystkiemi następstwami (przerost serca, miażdżyca tętnic wieńcowych itd.). Ciekawym wreszcie szczegółem są zaburzenia w przemianie materyi; otyłość, gościec i cukrówkę można często napotkać u tego samego osobnika, albo co najmniej dwie z tych nieprawidłowości, co dowodzi o jakimś wspólnym czynniku przyczynowym (nadużycie trunków lub pokarmów). Przechodząc do etyologii dny, wymienia autor na pierwszem miejscu wyskok, a w szczególności piwo, używane przez długie lata i w nadmiernej ilości; nadto przewlekłe zatrucie ołowiem, — okoliczności, z których łatwo wysnuć środki zapobiegawcze.

Dr. Henryk Pisek.

Feliks Laberschek. **O chorobie Glenarda.** (Z kliniki Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego. — *Księga pamiątkowa uczniów Uniw. Jagiell.).* Na podstawie materyału kliniki lekarskiej w Krakowie, składającego się z 19 przypadków choroby Glenarda, leczonych w klinice stałej w ostatnich 3 latach, a z 131 przypadków, badanych ambulatoryjnie, podaje autor następujące spostrzeżenia i uwagi. Choroba Glenarda występuje prawie tylko u kobiet, gdyż one niemal wyłącznie narażone bywają na działanie czynników etyologicznych, wywołujących opadnięcie trzew (enteroptozę). Bezpośrednimi zaś czynnikami są częste i ciężkie porody, niestósowne zachowanie się kobiet w połogu, noszenie wszelkiego rodzaju gorsetów, sznurówek, przepasek u spodnic, dalej ciężkie wstrząśnienia, wreszcie uciążliwa i ciężka praca po niedawno przebytych wyniszczających chorobach. Cierpienie to spotyka się najczęściej u kobiet z warstw biednych w wieku dojrzałym, kiedy najwięcej bywają narażone na ciężką pracę wśród warunków zupełnie niehigienicznych. U kobiet zamożnych przyczyną obniżenia trzew bywają najczęściej ciężkie i częste porody, niestósowne zachowanie się w połogu, a najwięcej noszenie od młodych lat gorsetów, spychających trzewa na dół. Do czynników pośrednich należy wrodzone lub nabyte osłabienie układu nerwowego, ośrodkowego i obwodowego.

Dolegliwości, jakich spostrzegane chore doznawały, były prawie u wszystkich jednakie; a więc uczucie osłabienia, niechęć wskutek tego do pracy, bóle i zawroty głowy, bicie serca, obok przeważających objawów zaburzeń w przewodzie pokarmowym i cechujących bolów w dołku podsercowym i obu podżebrzach. Bóle te znikały lub zmniejszały się przy leżeniu spokojnem, natomiast zwiększały się przy chodzeniu, schylaniu się, pracy i t. p. Wstrętu do mleka, który, według Glenarda, ma być charakterystyczną cechą w tem cierpieniu, nie zauważono nigdy.

Badanie wykazywało u wszystkich prawie chorych złe odżywienie, bladość skóry i błon śluzowych, brzuch obwisły, powłoki brzuszne wiotkie, cienkie, — obniżenie żołądka, jelit i innych trzew jamy brzusznej. Tętnienie aorty i bolesność jej pnia znaleziono w 132 przypadkach; opadnięcie jelita poprzecznego w 15 przypadkach, zatem węzeł Glenarda niekoniecznie odpowiadać musi jelitu poprzecznemu, lecz pochodzić może od zgrubiałej krezki, od macalnej trzustki (6 przypadków), albo od ściągniętej sieci (7 przypadków). Obniżenie nerki prawej stwierdzono w 109 przypadkach, zaś obu nerek w 8 przypadkach. Wątroba ani razu nie była całkowicie opadniętą, tylko uległa obniżeniu w 68 przypadkach. Obniżenie śledziony spotkano u 50 chorych. Z powikłań u 39 chorych rozpoznano błednicę, u 17 gruźlicę płuc, obok tego w 34 przypadkach histeryę, w 7 neurastenię.

Leczenie polegało przedewszystkiem na polecaniu przez dłuższy czas bezwzględnego spokoju i dyety bardzo pożywnej, a łatwo strawnej. Dalej zalecano noszenie podpaski brzusznej, stósowano masienie i faradyzowanie powłok brzusznych, obok leczenia pojedynczych objawów.

W celach zapobiegawczych powinno się wzmacniać u dziewcząt ogólną budowę mięśni, a szczególniej polecać systematyczne ćwiczenia tłoczni brzusznej i zabronić noszenia gorsetów.

Dr. J. Latkowski.

Prof. Nikitin (Petersburg). **Przypadek rozległej promienicy z usadowieniem w mózgu.** *(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 38, 1900).* U 37-letniej kobiety rozpoczęło się powyższe cierpienie w narządzie oddechowym, przeszło następnie na powłoki klatki piersiowej i tkankę podskórną (ropnie powierzchowne, zbadanie treści których stwierdziło promienicę) i usadowiło się wreszcie w mózgowiu, za czem przemawiały objawy znamienne, jak zawrót głowy, utrata przytomności, jednostronne drgawki, utrzymujące się z większem lub mniejszem natężeniem aż do zgonu chorej, a wreszcie badanie pośmiertne. Przy wywiadach chora podała, że przed kilkoma laty (choroba trwała 3 lata), podczas przebywania na „świeżem powietrzu“, miała zwyczaj trzymać w ustach źdźbło jęczmienne lub żytnie; tem bardziej dziwnem się wydaje, że promienica nie zagnieździła się pierwotnie w jamie ustnej, lecz w płucach. Podawanie w tym przypadku jodku potasowego w wielkich dawkach i przez dłuższy czas stwierdziło jedynie znaną rzecz, że środek ten nie zdoła rozwoju promienicy powstrzymać. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Löhnlein (Giessen). **Przyczynek do sprawy rozpoznawania gruźliczego zapalenia otrzewnej.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 39, 1900). Do znanych już powszechnie objawów tego cierpienia dodaje autor i ten, że w przypadkach puchliny brzusznej gruźliczego pochodzenia nader często można stwierdzić różnicę w natężeniu wypuku obu stron okolicy podbrzusznej — w szczególności po stronie prawej bywa odgłos bębenkowy, podczas gdy po lewej wyraźnie przytłumiony. Autor tłómaczy ten objaw kurczeniem się schorzałej krezki, która pociąga jelita w stronę prawą, po lewej zaś gromadzi się wypocina. Drugą ważną, tu należącą cechą są większe lub mniejsze gruzełki, rozsiane po błonie surowiczej zatoki Douglasa, które stwierdzić można badaniem przez odbytnicę, czasem także przez pochwę. Wreszcie wspomina autor o rozpoznawczem nacięciu tylnej ściany pochwowo-brzusznej *(colpocoeliotomia posterior),* przez które można wprost wybadać jamę Douglasa i wyrobić sobie dokładny obraz gruźliczych zmian w tej okolicy; można także tą drogą wyciąć ostrożnie cząstkę błony surowiczej wraz z gruzełkami do badań drobnowidowych, — zabieg często z pomyślnym skutkiem stósowany przez autora w ostatnich latach. *Dr. Henryk Pisek.*

Muscatello i Ganditano (Neapol). **O zgorzeli gazowej.** *(Münch. med. Wochen.* Nr. 38, 1900). Z 5 przypadków operowanych z pomyślnym skutkiem wysnuwają autorowie następujące wnioski: 1) Głównymi cechami zgorzeli gazowej, wywołanej zwykle przez uraz, jest obumarcie i rozkład tkanki przy nadmiernem wy-

twarzania się gazów gnilnych i występowaniu objawów ogólnego ciężkiego zakażenia ustroju. 2) Cierpienie to, z którem się czasem łączy i zapalenie ropne, szybko się wzmaga i może w krótkim czasie (kilka godzin) zająć narządy wewnętrzne. 3) Rokowanie jest wówczas względnie pomyślne, jeśli całe ognisko zgorzelinowe zostaje otwarte szerokim cięciem, a obumarłe części tkanek usunięte (ewentualnie amputacya) i zastosowane energiczne odkażenie; opatrunek winien być zmieniany 5—6—7 razy dziennie. W zgorzeli gazowej, pozostawionej swemu losowi, rokowanie jest niepomyślne.

Dr. Henryk Pisek.

Petrucci (Parma). **Przyczynek do kazuistyki krwawień w przebiegu grypy.** *(Wiener medicin. Presse* Nr. 39, 1900). Przy sposobności opisu 11 przypadków grypy (influenzy), zaczerpniętych częścią z piśmiennictwa, częścią z własnego doświadczenia, zastanawia się autor nad częstością krwotoków, które przydarzały się podczas przebiegu grypy. Otóż najczęściej pojawiają się krwawienia z nosa, które z reguły nie wpływają ujemnie na przebieg choroby, chyba u osobników młodych i bardzo wycieńczonych. Mniej często występuje krwioplucie, — czasami tylko zaznaczone w postaci cienkich żyłek krwawych w plwocinie. Ponieważ objawowi temu nie towarzyszą ważniejsze zmiany w płucach, przyjmuje je autor jako wyraz przekrwienia w narządzie oddechowym. Rzadziej już napotkać można krwotoki maciczne, kiszkowe lub nerkowe; krwawienie spojówkowe opisał Gałęzowski.

Dr. Henryk Pisek.

Kaposi (Wiedeń). **O gruźlicy prosówkowej skóry i granicznych błon śluzowych.** *(Allgemeine Wiener med. Zeitung* Nr. 38, 1900). Po dłuższych wywodach i powołaniu się na przypadki chorobowe, twierdzi autor, że *a)* istnieje zmiana chorobowa skóry, dla której nazwa „gruźlica prosówkowa“ *(tuberculosis miliaris s. propria cutis et mucosae orig.)* jest zupełnie usprawiedliwioną. Cierpienie to znamionuje się przedewszystkiem pojawieniem się bolesnych, płaskich i miękawych wrzodów o brzegach drobno nagryzionych. *b)* Rokowanie w tej postaci gruźlicy, jako zmiany miejscowej, nie jest bezwzględnie niepomyślne, albowiem nawet rozległe i rozproszone ogniska są uleczalne, a nie rzadko następuje samowyleczenie. *c)* Oczywiście cierpienie to jest wielce zawisłe od stanu zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych.

Dr. Henryk Pisek.

Kollarits (Peszt). **Rozpoznawcze znaczenie „paluchowego odruchu“ Babińskiego.** *(Klinisch.-therap. Wochenschrift* Nr. 38, 1900). Autor zestawia wszystkie dotychczas w tym przedmiocie ogłoszone publikacye i dochodzi do wniosku, że znaczna większość badaczy potwierdziła spostrzeżenie Babińskiego. Wobec czego można utrzymywać, że odruch paluchowy umożliwia różniczkowe rozpoznanie porażeń czynnościowych od ustrojowych; nadto po udarowym urazie można wcześnie oznaczyć, która połowa ciała będzie porażoną. Z tego wynika, że w każdym podobnym przypadku należy śledzić za istnieniem lub brakiem odruchu paluchowego.

Dr. Henryk Pisek.

Gerhard (Berlin). **W sprawie zawierania małżeństw między chorymi gruźliczymi.** *(Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen.* Tom I. zeszyt 4). Że gruźlica może się przenieść z męża na żonę i naodwrót, jest powszechnie rzeczą znaną, nie mniej także znane są drogi, któremi zakażenie gruźlicze zwykło się w takich warunkach przenosić (spółkowanie, długoletnie oddychanie powietrzem zanieczyszczonem pyłem gruźliczym i t. d.). Także pożycie małżeńskie działa osłabiająco na mężczyznę, usposobionego do gruźlicy, czyniąc go mniej odpornym; — taki sam wpływ wywiera na chorowitą kobietę ciąża, poród i połóg. Autor, rozważywszy te i tym podobne czynniki, wypowiada zdanie, że kto raz zapadł na gruźlicę, winien cały rok po wyzdrowieniu poczekać, zanim wejdzie w związek małżeński. Wreszcie nadmienia, że przeciw nadmiernemu popędowi płciowemu u suchotników stosował z dobrym skutkiem lupulinę i kamforę; — korzystnie także działała digitalina w jednorazowych dawkach (wieczorem) po 0,0001—0,001.

Dr. Henryk Pisek.

Struppler (Berlin). **O wrzodzie gruźliczym żołądka na podstawie przypadku przewlekłej gruźlicy żołądka, z następowem zapaleleniem otrzewnej.** *(Zeitft. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen.* Tom I. zeszyt 4). Przypadek ten dotyczy 18-letniego mężczyzny, u którego wytworzył się rozległy wrzód żołądka, zajmujący pierścieniowato prawie cały odźwiernik, z następowem zapaleniem otrzewnej wskutek przedziurawienia ściany żołądkowej; nadto istniała gruźlica płuc i jelit. Autor tłómaczy powstanie owego wrzodu samozakażeniem przez połykanie plwocin, zasobnych w prątki gruźlicze, — wyklucza bowiem to cierpienie *per contiguitatem* z następujących przyczyn: *a)* zmiana chorobowa w żołądku jest na podstawie anatomo-patologicznej starszą (nadmierna wielkość wrzodu), aniżeli gruźlica jelit i z niej pochodzące gruźlicze zapalenie otrzewnej. *b)* W gruczołach krezkowych znachodzą się tylko drobne gruzełki, nie zupełnie zserowaciałe i z żołądkiem nie zrosłe, — sprawa więc chorobowa z gruczołów na żołądek nie przechodziła. *c)* Drogi naczyń krwionośnych również nie można przyjąć w tym przypadku, — albowiem przyszłoby do ogólnej gruźlicy prosówkowej, a nie do wytworzenia się jedynie wrzodu żołądkowego.

Dr. Henryk Pisek.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Baruch (Nowy-York). **Wodolecznictwo w zapaleniu płuc.** *(Blätter fur klinische Hydrotherapie* Nr. 9, 1900). Jak z jednej strony w przypadkach duru brzusznego zimne kąpiele (Brand) okazały się korzystnemi, tak z drugiej strony nie należy takich kąpieli stosować w zapaleniu płuc; — chory bowiem durowy łatwiej znosi zniżkę ciepłoty, czego w zapaleniu płuc stwierdzić nie można. W tej ostatniej chorobie stosuje się zwykle kąpiel, której ciepłota jest o 5° niższą, aniżeli ciepłota ciała danego chorego, używając każdym razem stopniowo zimniejszej wody; korzystnem jest w wodzie lekko chorego nacierać. Czasem można kąpiele zastąpić wilgotnemi zawijaniami, dając nadto powłokę z cienkiej flaneli. Ponieważ znaną jest rzeczą, że zabiegi te podnoszą czynność serca, wzmacniają układ nerwowy, usuwają bezsenność przez zniżenie gorączki i pobudzają do głębokiego oddychania, czynią przeto zadość wszystkim danym wskazaniom.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. Rille (Insbruck). **Epikaryna w chorobach skórnych.** *(Die Heilkunde* Nr. 12, 1900). Nowy ten lek przedstawia się jako blado różowy, silnie kwaśno oddziałujący proszek, rozpuszczalny w wyskoku i eterze. Bardzo dobrze działa w lżejszych postaciach łuszczycy pospolitej jako 20% maść, n. p. *Epicarin. 20,00 Unguent. simpl. 100,00;* mniej skutecznie w cięższych przypadkach; — w każdym razie należy przed stosowaniem epikaryny, uwolnić zajęte miejsca od pokrywających łusek (zmywanie). W przypadkach świerzbu *(scabies)* również dobre były wyniki według następującej formułki: *Rp. Epicarin. 15,00 Sapon. virid. 50,00 Axung. porci 100,00 Cretae albae 10,00 M. f. unguent. D. S. Maść.*

Dr. Henryk Pisek.

Braun. **Leczenie gruźlicy płucnej tiokolem.** *(Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 38, 1900). We wszystkich postaciach tego cierpienia, jak i w nieżytach oskrzelowych pochodzenia niegruźliczego, korzystny wpływ tiokolu „Roche“ wybitnie się okazuje, — w szczególności zaś łaknienie się wzmaga, stan ogólny poprawia, kaszel i wykształszanie plwociny zmniejszały się w sposób zadziwiający, skutkiem czego bezsenność i poty znikały. Zwykła dawka wynosiła 0,5—1,00 kilka razy dziennie; te same wyniki były także po stosowaniu siroliny w odpowiednich dawkach.

Dr. Henryk Pisek.

Acetopyrina, — biały krystaliczny proszek przeciwgorączkowy, trudno rozpuszczalny w wodzie zimnej, w ciepłej łatwiej. Stosowany w przeszło 100 najrozmaitszych przypadkach chorobowych, znamionujących się podwyższoną ciepłotą ciała (dur, zapalenie stawów, zapalenie opon mózgowych i t. d.) z bardzo dobrym skutkiem. Ciepłota opada, obrzęki stawów i bolesność ustępują, przyczem nadmienić wypada, że w żadnym przypadku nie stwierdzono niekorzystnych ubocznych działań tak ze strony przewodu pokarmowego, jak i innych narządów. Podawano 3—5 grm. dziennie, 0,50 jednorazowo. *Wiener klin. Wochenschift Nr. 39, 1900.*

Dr. Henryk Pisek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23 maja 1900 r.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Rosner rozpoczyna zbiorowy referat o *ciąży zamacicznej* wykładem o jej etyologii, w którym zestawia starsze i nowsze

teorye, usiłujące wyświetlić właściwe przyczyny powstawania ciąży zamacicznej.

Kol. Doc. Braun omawia bardzo szczegółowo przebieg i sposoby rozpoznawania ciąży zamacicznej.

Kol. Doc. Świtalski rozpatruje ciążę zamaciczną z punktu widzenia anatomo-patologicznego, przy czem demonstruje 3 odpowiednie preparaty anatomiczne.

Kol. prof. Jordan omawia leczenie ciąży zamacicznej. — Po historycznym przeglądzie rozmaitych metod leczenia tego cierpienia, zestawia prelegent swoje poglądy w następujących punktach, które podaje jako rady dla praktycznych lekarzy: 1) Chorą z ciążą zamaciczną należy badać nadzwyczaj ostrożnie. 2) Chorą przenieść należy w warunki takie, by miała ciągłą opiekę lekarską (szpital, zakłady lecznicze), gdyż można śmielej zachowawczo postępować. 3) Chorą przenosić można tylko wtedy, gdy nie ma krwotoku, lub gdy krew już się otorbiła. 4) Bezwzględne wskazanie do operacyi występuje, gdy trąbka pękła, krew sączy się do jamy brzusznej i jest niedokrewność dużego stopnia. 5) Nie potrzeba się natomiast spieszyć z operacyą, gdy krew się zbiera między blaszkami więzadeł szerokich, gdy krwistek jest ograniczony. 6) Jeżeli w ostatnim przypadku wystąpi duża niedokrewność, należy badać zachowanie się krwisteku, gdyż od niego zależy dalsze postępowanie. I tak należy operować gdy *a)* krwistek wzrasta; *b)* gdy krwistek ulegnie ropieniu; *c)* gdy krwistek nie ulega długo wessaniu, a stosunki społeczne chorej nie pozwalają jej długo leżeć.

Dr. S. Droba, sekretarz doroczny.

Dnia 6 czerwca b. r. odbyło się z okazyi 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiell. *uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego* w Auli „Collegii novi", w którym wzięli liczny udział miejscowi i zamiejscowi lekarze, przybyli ze wszystkich stron Polski na uroczystość jubileuszową. Po wstępnem przemówieniu kolegi Przewodniczącego, tłómaczącem cel posiedzenia, wygłosił kol. Dr. August Kwaśnicki odczyt p. t.: Rys dziejów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. od najdawniejszych czasów do dni dzisiejszych, zakończony podniosłym i wzruszającym zwrotem, skierowanym do współczesnych profesorów, którym w imieniu zgromadzenia składał życzenia z powodu jubileuszu i w których ręce naród powierza losy „polskiego Araratu", jak nazwał Uniwersytet krakowski, wymagającego obecnie więcej, niż kiedykolwiek, pieczy i starania z ich strony

Dr. S. Droba, sekretarz doroczny.

VI. **Pogląd na rozwój nauki o chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych.**

Odczyt **Rektora prof. Dra Macieja Jakubowskiego** w Auli Uniwersyteckiej przy otwarciu r. szk. 1900—1901 d. 8 października.

Od najdawniejszych czasów do doby dzisiejszej nauka o chorobach dzieci nie była i nie jest uprawianą w tej mierze, jak na to zasługuje. Wina nie leży tu wyłącznie po stronie lekarzy, ale w znacznej części tkwi w ogólnych pojęciach, urządzeniach i stosunkach społecznych.

W zamierzchłej starożytności narody, przodujące w kulturze, Grecy i Rzymianie, uważali dziecię w pierwszych dniach po urodzeniu za tak wątłe stworzonko, iż troskę o byt i istnienie jego pozostawiali do pewnego czasu losowi, o czem dowiadujemy się z zapisków, wyjętych z dzieł Arystotelesa i Plutarcha: „Iure veteres tam Graeci, quam Romani ante octavam diem pueris nomina imponenda noluerint; quod scilicet hoc tempore neque vita, neque sanitas, sit tuta".

W wiekach średnich, przy zaludnianiu się osad i miast, spotykamy w stolicach i większych miastach szpitale, przytułki i schroniska dla dorosłych i starców, lecz bardzo mało troszczono się o wznoszenie zakładów w celu niesienia pomocy ubogiej dziatwie wśród choroby.

W czasach obecnych, pomimo że nauka o chorobach dzieci jest w całej pełni samodzielną specyalnością, zastępowaną we wszystkich krajach przez licznych pracowników, starających się tę ważną gałęź wiedzy lekarskiej rozwijać i posuwać naprzód z innemi naukami, jest ona jednak dotąd wliczaną w programie nauczania w poczet przedmiotów nadzwyczajnych, wskutek czego wielu lekarzy wcale się nie troszczy podczas studyów o nabycie ogólnych wiadomości z zakresu chorób dzieci, a na wielu Uniwersytetach nie ma nawet do dziś dnia urządzonych przy wydziałach lekarskich klinik dla chorób dziecięcych, i przedmiot ten wcale nie bywa wykładany. Wogóle bez przesady powiedzieć można, że po wszystkie czasy rodziny, a względnie rodzice, troszczą się i dbają o swoje dzieci, oddając dla nich zdrowie i mienie; społeczeństwa zaś nie roztaczają nad ogółem dzieci, nad ich życiem i zdrowiem, tej opieki, jaka im się słusznie należy, jako przyszłym obywatelom kraju.

Przytoczone tutaj stosunki ogólno-społeczne musiały wywierać wpływ niekorzystny na rozwój i postęp naukowy tego ważnego odłamu wiedzy lekarskiej.

W pozostałych nam w spuściźnie dziełach zamierzchłej starożytności nieliczne znachodzimy wzmianki o rozpoznawaniu i leczeniu chorób w pierwszych latach życia człowieka. W wiekach średnich, gdy po wynalezieniu sztuki drukarskiej (1500) wymiana myśli stała się łatwiejszą i zaczęto ogłaszać drukiem nietylko z mozołem przepisywane rękopisy starożytnych pisarzy klasycznych, ale także prace współczesnych lekarzy, spotykamy się jako z jednem z pierwszych dzieł, zajmujących się wyłącznie opisem chorób dzieci, wydanem w Wenecyi w r. 1583 p. t.: „De morbis puerorum tractatus locupletissimi variaque doctrina referti non solum Medicis, verum etiam Philosophis magnopere utiles; Ex ore Excellentissimi Hieronymi Mercurialis Foroliviensis Medici clarissimi diligenter excepti, atque in Libros tres digesti: „Opera Iohannis Chrosczieyoioskij cum licentia, et privilegio".

Uważam za stósowne skreślenie kilku szczegółów, odnoszących się do tego dzieła. Już z karty tytułowej pokazuje się, że Hieronymus Mercurialis, (którego Sprengel [1]) w „Historyi medycyny" zalicza do najlepszych komentatorów pisarzy starożytnych, a głównie Hippokratesa), jako profesor na wydziale lekarskim uniwersytetu padewskiego, miewał osobne wykłady o chorobach dzieci, które spisał i ogłosił drukiem uczeń jego, a rodak nasz Jan Chrościejowski.

W załączonej przedmowie autor poświęca swe dzieło senatowi poznańskiemu, składając dzięki za otrzymane dobrodziejstwa, z czego wnosić można, że Chrościejowski, zapewne urodzony i wychowany w Poznaniu, otrzymał od senatu tegoż miasta zasiłek, w celu odbywania studyów lekarskich poza granicami kraju. Obok przedmowy znajdujemy wierszem miarowym spisany „Epigrammation", ułożony przez Węgra Franciszka Hunnyadina, którego zapewne bliższe stosunki koleżeństwa i przyjaźni łączyć musiały z Chrościejowskim, a co wydaje nam się bardzo naturalnem, biorąc pod uwagę, że ludzie ci, jako koledzy, spotykają się na uniwersytecie padewskim pod koniec szesnastego wieku, gdy w Polsce panuje Stefan Batory, a w kraju naszym wszystkie stany łączą się i sympatyzują z Węgrami. Treść

[1]) Sprengel Kurt: „Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneykunde". — Halle 1827 część III, pag. 158 i 161.

dzieła pod względem lekarsko-historycznym jest badzo ciekawą i pouczającą. Już w pierwszym rozdziale autor zadaje sobie (dziś bardzo naiwnie przedstawiające się) pytanie: czy lekarz ma się zajmować leczeniem dzieci? „Qui et quot sint morbi pueriles, et an sint curandi a Medico?“ Postawienie tego pytania świadczy dowodnie, że pod koniec XVI wieku lekarze, zostający pod wpływem starożytnej kultury medycznej, bardzo mało zajmowali się jeszcze chorobami dzieci i że troska o ich zdrowie i życie pozostawała przeważnie z konieczności w ręku zawsze troskliwych, ale równocześnie trwożliwych matek lub otaczających je niewiast. W dalszym ciągu książka zawiera opis nielicznych chorób dzieci, składający się z komentowanych cytatów, wyjętych z dzieł starożytnych pisarzy, a głównie Hippokratesa, Galena i Aviceny.

Z XVII i XVIII stulecia pozostało w spuściźnie literackiej kilkanaście (około 20) dzieł o chorobach dzieci, przeważnie spisanych w językach francuskim, angielskim i niemieckim, świadczących, iż w owym czasie odczuwano już potrzebę podejmowania badań naukowych i spisywania osobnych dzieł w tym przedmiocie. Lecz z przeglądu krytycznego i zestawienia porównawczego powyższych prac okazuje się, że na poważny okres dwóch wieków postęp tej gałęzi nauk nie był znaczny.

Szybki rozwój pedyatryi, jako samoistnej specyalności, na gruncie słabo wprzód przygotowanym, rozpoczyna się dopiero z początkiem XIX stulecia, gdy przy rozwiązywaniu wielu spraw społecznych przez socyologów, filantropów i lekarzy, między innemi zajęto się także sprawą zakładania osobnych szpitali dla dzieci. Jak ważną rolę odgrywają one w stosunkach społecznych, okazuje się to dopiero przy ich istnieniu. Jako zakłady humanitarne idą one z pomocą najuboższej klasie ludności, przyczyniając się do ulgi w tym kierunku i zaspokojenia pracujących warstw społeczeństwa, że mimo różnych braków i niedostatku, przynajmniej ukochane przez nich dzieci mają zapewniony ratunek i opiekę w czasie choroby. Równocześnie szpitale dla dzieci, jako zakłady naukowe, przyczyniają się do kształcenia dla ogółu społeczeństwa dobrych i doświadczonych lekarzy w zakresie pedyatryi. — Wreszcie, dla stałych pracowników, zajmujących się tym przedmiotem, otwierają szerokie pole do obserwacyi, dając możność do ściślejszych badań naukowych.

Pierwszy szpital dla dzieci otwarty został w Paryżu roku 1802 za czasów pierwszej Rzeczypospolitej w tak wielkich rozmiarach, iż wkrótce po założeniu leczono w nim stale od dwóch do trzech tysięcy dzieci. Za przykładem Francyi stopniowo idą inne kraje. Dopiero w r. 1834 powstaje szpital dla dzieci w Petersburgu na 60 łóżek, wkrótce zwiększony do 100; w Wiedniu spotykamy się w r. 1837 z małym prywatnym szpitalem dla dzieci, który, rozwijając się stopniowo, dopiero w roku 1848, po zbudowaniu dlań osobnego gmachu, stał się zakładem, odpowiadającym swemu zadaniu. W tym to szpitalu pod wezwaniem św. Anny umieszczoną i otwartą została w r. 1850 pierwsza w Austryi i w Niemczech klinika pedyatryczna. Dopiero w drugiej połowie XIX wieku we wszystkich krajach Europy, głównie staraniem lekarzy, wspieranych ofiarami osób dobroczynnych, powstają i rozwijają się szpitale dla dzieci, mnożąc się z każdym rokiem. Obecnie we wszystkich stolicach krajów Europy, w miastach, gdzie znajdują się Uniwersytety, istnieją większe lub mniejsze szpitale dla dzieci, ale przeważnie wszystkie jako zakłady prywatne, dobroczynne. W ziemiach polskich mamy dzisiaj dwa szpitale dziecięce w Warszawie, a po jednym w Krakowie, Lwowie i Poznaniu.

Licznie gromadzący się chorzy w szpitalach dla dzieci z różnorodnemi cierpieniami, dali możność pracującym w nich lekarzom dokładnego i ścisłego obserwowania przebiegu chorób, śledzenia i dociekania właściwości i odrębności cierpień dziecięcego wieku. Ponieważ Francya blizko o lat 40 wyprzedziła Niemcy i inne kraje w zakładaniu większych, odpowiadających potrzebom społecznym i naukowym szpitali dla dzieci, przeto tamże spotykamy się z pierwszymi w ścisłem tego słowa znaczeniu pedyatrami zawodowymi. Oni to, opierając się na własnych dokładnych obserwacyach klinicznych i na badaniach pośmiertnych zwłok, nowy nadali kierunek nauce o chorobach dzieci. Pierwsze, opierające się na podstawach anatomo-patotogicznych dzieła, wydają: Billard w r. 1828 [2]), Valleix w r. 1838 [3]). W tymże samym kierunku, na podstawie samoistnych badań anatomopatologicznych osnute dzieło wydaje w Niemczech dopiero Bednar w r. 1850 [4]). Na podstawie obfitego materyału kazuistycznego, zebranego w szpitalach francuskich, wydają w r. 1845 obszerne trzech-tomowe dzieło o chorobach dzieci Rilliet i Barthez [5]), które nie tylko doczekało się we Francyi kilku wydań, lecz także przełożone zostało na język niemiecki i angielski. W drugiej połowie XIX wieku we wszystkich językach pojawiają się liczne podręczniki o chorobach dzieci, lecz nie tu jest miejsce, by się zajmować ich wyliczaniem i ocenianiem; nie można jednak pominąć milczeniem, że przy szybkim rozwoju pedyatryi i wzmagającej się liczbie lekarzy, poświęcających się temu przedmiotowi, wydane zostały w ostatnich czasach dwa obszerne zbiorowe dzieła o chorobach dzieci; z tych jedno sześcio-tomowe w języku niemieckim, staraniem prof. Gerhardta [6]); drugie pięcio-tomowe w języku francuskim, ułożone pod kierunkiem Granchera, Combyego i Marfana [7]).

Przypatrzmy się bliżej warunkom, wśród których rozwijała się ta nowa, dotąd tak mało uprawiana, specyalność:

Pierwsza generacya lekarzy, rozpoczynająca prace swe w szpitalach dziecięcych, przed wstąpieniem do nich kształciła się już to w klinikach, już to w szpitalach, przeznaczonych dla osób dorosłych; była więc ona w ścisłem słowa znaczeniu generacyą internistów, która dopiero, stykając się z choremi dziećmi, wyrabiała się na pedyatrów. Owóż obserwacye tej generacyi lekarzy, opierające się na porównywaniu znanych spraw chorobowych u dorosłych z takiemiż u dzieci, wykazywały i stwierdzały na każdym kroku mniejsze lub większe różnice w ich przebiegu i wyniku. Początkowo wy-

---

[2]) Billard C.: „Traité des Maladies des Enfants nouveaux-nés et a la mamelle“. Paris 1828.

[3]) Valleix F.: »Clinique des Maladies des Enfants nouveaunés«. Paris 1838.

[4]) Bednar Alois: »Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte». Wien 1850.

[5]) Rilliet F. et Barthez E.: „Traité clinique et pratique des Maladies des Enfants“. Paris 1845. (I. Ed.)

[6]) Gerhadt C. (wydawca): „Handbuch der Kinderkrankheiten„. Tübingen 1877 — (II. Ed. 1882).

[7]) Grancher I. Comby I. Marfan A—B. (wydawcy): „Traite des Maladies de l' enfance„. Paris 1897.

jaśnienie tych różnic było dla nich trudne, gdyż szczupłe były wiadomości zasadnicze co do własności anatomicznych tkanin i czynności fizyologicznych poszczególnych narządów w różnych okresach życia człowieka. Jak klinicysta w ubiegłych wiekach mało tylko i mimochodem zajmował się gruntowniejszemi badaniami spraw chorobowych u dzieci, tak również dawniejsi anatomowie i fizyologowie nie podejmowali porównawczych badań nad tkaninami i czynnościami narządów osób dojrzałych, w porównaniu do tkanin i narządów u rozwijających się i rosnących dzieci. Nowocześni pedyatrzy dopiero, spotykając się przy obserwowaniu chorych w szpitalach i wykonywaniu sekcyi na zwłokach dzieci z rozlicznemi wątpliwościami co do stosunków anatomicznych i fizyologicznych, doszli do przekonania, że prace ich, dążące do dokładnego zbadania zjawisk chorobowych, tak długo pozostaną niedokładne i niejasne, dopokąd nie będą zbadane wszystkie szczegóły, odnoszące się do rozwijania się ustroju dziecięcia w stanie zupełnego zdrowia. Wszakżeż przyrodnicy, a przedewszystkiem botanicy nie ograniczają się na poznawaniu roślin i drzew w okresach, gdy już kwitną i wydają owoce, lecz śledzą za ich rozwojem od czasu, gdy zaczynają kiełkować. Takoż i człowiek od urodzenia aż do dojrzałości ulega stopniowym przeobrażeniom tkanin, powiększaniu się i doskonaleniu poszczególnych narządów. Jeżeli wśród owych rozwojowych czynności przydarzy się jakaś choroba, to z jednej strony wstrzymuje ona lub upośledza dalszy rozwój tkanin, z drugiej znów strony słabo jeszcze rozwinięte narządy i niedojrzałe tkaniny wpływają na odmienny przebieg i cały obraz kliniczny sprawy chorobowej, którego nie można zwać wyjątkowym, lecz właściwym okresowi wieku dziecka, w którym się owa choroba jawi. (Dok. nast.)

VII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

II.

Sto lat upłynęło od wiekopomnego wynalazku Jennera. Zdawałoby się, że pożyteczność istotna szczepienia krowianką została udowodnioną praktycznie i teoretycznie; a jednak nie wielka tylko liczba krajów zdołała wyzwolić się z pod bicza ospy, która przed Jennerem, niemniej jak mór, dziesiątkowała ludzkość.

Sądząc z liczb statystycznych, uwidocznionych na Wystawie, Niemcy, Szwajcarya i Szwecya osiągnęły najlepsze wyniki z obowiązkowego szczepienia i rewakcynacyi: śmiertelność z ospy w tych krajach wynosi 2 do 4 zgonów na 10 milionów. W innych krajach śmiertelność ta, począwszy od r. 1870, stopniowo się obniża i są to jednak kraje, w których prawo, ze względu na osobistą wolność, nie zobowiązuje do szczepienia, aczkolwiek zaleca je i ułatwia. Na milion mieszkańców we Włoszech umierało z ospy rocznie między r. 1887 a 1893 osób 293; liczba ta w r. 1898 obniżyła się do 12; w Anglii — z 17 do 0,8; w Szkocyi — z 5 do 0,47; w Austryi — z 366 do 37; w Węgrzech — z 439 do 133; w Belgii — z 216 do 20. W Petersburgu w roku 1890 umarło z ospy osób 105 na milion mieszkańców; liczba ta w r. 1897 obniżyła się do 21. W Paryżu liczba zgonów z ospy spadła z 980 w r. 1880 na 30 w r. 1890, na 10 w r. 1895, na 1 w r. 1899. Liczby przytoczone dają należyte wyobrażenie o uzyskanym postępie i wskazują, na jakiej drodze dojść można będzie do całkowitego pozbycia się ospy. Wyznać jednak należy, że do zupełnego bezpieczeństwa Europa prędko dojść nie będzie mogła: stosunek kolonialny z oddalonymi lądami, zamieszkałymi przez ludy półdzikie, zagrażać będzie jeszcze długo Europie, a tem samem zmuszać kraje europejskie do niezaniedbywania tak wypróbowanego środka, jakim jest szczepienie ochronne. Zaniedbanie się takie ciężko już nieraz opłaciła Anglia i Francya wybuchem morderczej i groźnej epidemii. Posiadając znakomicie urządzone szpitale dla ospowych, Anglicy mają bardzo wielką wiarę w skuteczność odosobnienia i z tego może powodu między Anglikami jest tylu przeciwników szczepienia. Na Wystawie, w oddziale angielskim, znajdują się plany tych szpitali dla odosobnienia chorych na ospę; doświadczenie jednak przekonało, że wyniki szczepienia obowiązkowego są lepsze, niż te, które daje samo odosobnienie.

W pawilonie duńskim znajduje się gabinet do leczenia chorych na ospę metodą Finsena. Drzwi gabinetu pokrywa wielka zasłona barwy czerwonej; szyby w oknach są również czerwone, nie przepuszczające promieni chemicznych, które, według Finsena, mają wpływać pobudzająco na sprawy ropienia. Poważna liczba, bo 150, spostrzeżeń, odnoszących się do leczenia chorych na ospę metodą Finsena, zdają się potwierdzać jej skuteczność.

W początkach drugiej połowy kończącego się stulecia wiele bardzo zastanawiano się w Paryżu nad pytaniem, czy szczepiąc limfę z dziecka na dziecko można przenieść i zarazek kiły wraz z szczepionką. Rozprawy nie przekonały wątpiących. To spowodowało lekarzy francuzkich Lanoixa i Chambona do wznowienia szczepienia krowianką, zbieraną ze zwierząt; poparci przez powagi lekarskie, założyli oni w Paryżu r. 1864 Instytut szczepienia. Przykład ten znalazł naśladowców w innych krajach i od tej chwili szczepienie krowianką wydoskonaliło się i rozpowszechniło.

Założyciel paryskiego instytutu szczepiennego, dr. Chambon, który do tej pory stoi na czele tego zakładu, wystawił w pawilonie dla higieny figury woskowe, fotografie i rysunki, na których przedstawił rozwój szczepiankowej krosty na zwierzęciu, oraz uprzystępnił uzmysłowianie wszelkich zabiegów, dotyczących zbierania i przechowywania limfy szczepiankowej. W pawilonie kolonij wystawione są okazy szczepionki, przeznaczone do przewozu w dalekie kraje.

Niemcy i Szwajcarya wystawiły w tym zakresie seryę przyrządów, używanych do zbierania i przechowywania szczepionki, i plany licznych instytutów szczepienia w tych krajach; liczne rysunki przeznaczone są do stwierdzenia tożsamości zarazka ospy i osutki krowiankowej.

Wystawa wiedeńskiego Instytutu szczepiennego przedstawia się najlepiej i daje najwięcej pouczające wyobrażenie, jak należy postępować przy przygotowywaniu szczepionki i jej stósowaniu u człowieka, ażeby zasady aseptyki zostały w całej pełni przestrzegane. Postępowanie to polega na tem, że miejsce przeznaczone do szczepienia na bydlęciu się goli obnażoną skórę odkaża 2$^0/_0$ lysolem, następnie zmywa się ją wodą wyjałowioną; szczepienie odbywa się przez nacięcia równoległe do osi zwierzęcia, a następnie przykrywa się te miejsca tegminą (maść, w skład której wchodzą: wosk, guma arabska, gliceryna, woda i tlenek cynkowy) i pokładem waty, którą się zmienia co 2 dni: pod osłoną krosta nabiera, począwszy we właściwym czasie zbiera się limfa. Rozcieranie limfy odbywa się w naczyniu szklanem bez przystępu powietrza, następnie zbiera się ją do szklanego słoja (cylindra), zkąd. za pomocą pompki, napełnia się rurki rozmaitej objętości, które zamyka się z zachowaniem największej ostrożności. Szczepionki tej nie używa się bez zrobienia dwóch zbadań bakteryologicznych. Po zaszczepieniu na człowieku pokrywa się nacięcia tegminą i pokładem waty, który przytrzymuje się w ciągu trzech dni opaską. W okresie podsychania, w celu jego przyspieszenia, używa się posypki, złożonej ze skrobi, talku āā 40,0, dermatolu i tlenku cynkowego āā 10,0. Znajdujemy tu jeszcze figurę woskową, fotografie, przyrządy, narzędzia i t d., znakomicie ilustrujące ten dział austryackiej Wystawy.

W bliskości oddziału austryackiego znajduje się izba w sekcyi rosyskiej, cała poświęcona krowiance, a zwłaszcza

jej wynalazcy, Jennerowi: środek sali zdobi popiersie Jennera; na ścianach rozwieszone są medale, rysunki, malowidła, dyplomy nadane Jennerowi, jako wyraz wdzięczności narodów i panujących. Wystawiono tu również wszystkie narzędzia, używane do szczepienia, oraz znaczną liczbę ramion z wosku, przedstawiających różne okresy rozwoju krost ospy nabytej i szczepionej.

Osobna tablica przedstawia doświadczenia dr. Huberta, wykonane w celu ścisłego określenia pory, w której odporność przeciw ospie wskutek szczepienia napewno została już nabytą. Badacz ten szczepił krowiankę na palcu nadliczbowym 11 dzieciom, ulegającym temu zboczeniu, a następnie kolejno te palce odejmował między 5 a 15 dniem: odporność występowała wyraźnie już w 7-ym dniu, w 15-ym zaś była zupełną.

Przejrzawszy wszystko, co z zakresu szczepienia przeciw ospie znajduje się na Wystawie paryskiej, nabiera się przekonania (jeśli ktoś jeszcze pod tym względem potrzebuje być przekonywanym), że dzięki obfitości i taniości krowianki, jak nie mniej dzięki ścisłej aseptyce, ludzkość posiada w krowiance środek zupełnie pewny zabezpieczenia się przeciw jednej z najgroźniejszych chorób. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VIII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya neurologiczna.

Zestawił Dr. B. Kupczyk.

(Dokończenie).

O istocie odruchów ścięgnistych.

Sherrington (Liverpool) rozróżnia dwa rodzaje odruchów ścięgnistych: 1) prawdziwe odruchy rdzeniowe i mózgowo-rdzeniowe, pochodzące ze ścięgien; 2) odruchy wrzekome, pospolicie zwane odruchami ścięgnistymi lub wstrząśnieniami (secousses), według autorów angielskich i amerykańskich. Pierwsze są łatwo do wytłómaczenia. Ścięgna zawierają narządy końcowe nerwów dośrodkowych, które można pobudzić zapomocą mechanicznych sposobów, a bezpośrednią przyczyną ich pobudzenia jest prawdopodobnie naciągnięcie ścięgna. Typ drugich stanowi odruch kolanowy, który jest bezpośrednią odpowiedzią mięśnia na nagłe mechaniczne naciągnięcie. Istnienie odruchu kolanowego zależy od dostatecznej pobudliwości mięśnia, tej zaś warunkiem jest nienaruszony związek mięśnia z jego neuronami ruchowymi w rdzeniu, oraz z drogami dośrodkowemi rdzenia, które regulują napięcie mięśnia. Autor zwraca uwagę, że wzmożona czynność neuronów ruchowych, które zaopatrują zginacze kolana, może osłabić czynność ruchowych neuronów mięśnia wyprostnego.

E. Jendrassik (Budapeszt) przypisuje napięciu mięśniowemu wielki wpływ na odruchy ścięgniste. Współczesne teorye nie wyjaśniają dostatecznie zaniku odruchów kolanowych w uwiądzie rdzenia; prawdopodobnie osłabienie napięcia mięśniowego jest zwykłą przyczyną. Zanik odruchów kolanowych nie dowodzi wcale całkowitego poprzecznego przecięcia pierwiastków nerwowych rdzenia.

Van Gehuchten (Louvain). Dotychczas kładziono główny nacisk na badanie odruchów ścięgnistych, a zbyt mało poświęcano uwagi odruchom skórnym i nie badano ich metodycznie. Ztąd pochodzi, że nie posiadamy dokładnego wyobrażenia o prawidłowem natężeniu n. p. odruchu brzusznego. Autor, który przez kilka miesięcy zajmował się badaniem odruchów skórnych kończyn dolnych w różnych chorobach ośrodków nerwowych, przekonał się, że badanie odruchów skórnych może często dostarczyć użytecznych wskazówek. Z badań tych wynika, że w wielkiej liczbie przypadków istnieje rodzaj przeciwieństwa między odruchami skórnymi i ścięgnistymi, a mianowicie wzmożenie odruchów ścięgnistych przy równoczesnem upośledzeniu odruchów skórnych, lub też naodwrót, — zanik odruchów ścięgnistych, idący w parze z prawidłowym stanem odruchów skórnych. Mowca wykazuje na szeregu faktów klinicznych zupełną niezawisłość odruchów ścięgnistych od skórnych, która objawia się w różnych chorobach, jak n. p. w organicznem porażeniu połowiczem, w spastycznem porażeniu pochodzenia rdzeniowego, w sprawach uciskowych rdzenia. Przeciwieństwo, istniejące pomiędzy obiema rodzajami odruchów, zasługuje na uwagę z fizyologicznego punktu widzenia, pozwala bowiem wysnuć przypuszczenie, że mechanizmy, które niemi kierują, muszą być odmienne. I tak, odruchy skórne warunkują się całością dróg wiodących podniety przez rdzeń do kory mózgowej, podczas gdy ścięgniste należą do dróg, kończących się w śródmóżdżu. Jednak drogi korowo-rdzeniowe zdają się wywierać tam wpływ tamujący na odruchy ścięgniste, ponieważ przerwanie ich wywołuje wzmożenie ostatnich.

W celu sprawdzenia tych faktów powinniśmy mieć możność badania stanu odruchów ścięgnistych i skórnych w przypadkach tego rodzaju, gdzie znachodzą się odosobnione zaburzenia jednych lub drugich dróg. Tymczasem odosobnione przerwanie dróg dla odruchów ścięgnistych, kończących się, jak wyżej powiedziano, w śródmóżdżu, nie jest jeszcze znanem, natomiast zdarza się bardzo często w drogach korowo-rdzeniowych, stanowiąc podkład anatomiczny organicznych porażeń połowiczych. Jeżeli więc nasze pojęcia o pochodzeniu odruchów są ścisłe, powinniśmy tu znaleść osłabienie lub zanik odruchów skórnych, oraz wzmożenie odruchów ścięgnistych z powodu usunięcia podniet tamujących. To ostatnie napotyka się stale, z czego wynika, że odruchy ścięgniste nie odznaczają się pochodzeniem korowem, że ich mechanizm kończy się pod korą mózgową. Co się tyczy odruchów skórnych, to dokładne badanie przypadków porażenia połowiczego okazuje prawie zawsze mniejszy lub większy stopień upośledzenia, albo całkowity ich zanik, zależnie od miejsca i wielkości ogniska chorobowego. Obecność zatem odruchów skórnych w niektórych przypadkach porażenia połowiczego nie przemawia przeciwko ich korowemu pochodzeniu i tylko wtedy mogłaby stanowić poważny zarzut, gdyby zdołano udowodnić, że w tych przypadkach wszystkie włókna korowo-rdzeniowe uległy przerwaniu. Przeciwnie zaś, zanik odruchów skórnych w wielkiej liczbie porażeń połowiczych dowodzi niezaprzeczenie, że drogi korowo-rdzeniowe odgrywają w mechanizmie tych odruchów czynną rolę.

Choroby tylnych sznurów rdzenia z wyłączeniem uwiądu.

L. Dana (New-York) przechodzi sumarycznie choroby tylnych sznurów rdzenia, omawia bezład ostry pochodzenia rdzeniowego (acute spinal ataxia) i przytacza spostrzeżenia Leydena i innych, odnoszące się do bezładu ostrego wskutek zaburzeń opuszkowych, opisuje przypadki ostrych chorób sznurów tylnych rdzenia i choroby sznurów tylnych w przebiegu chery, niedokrewności i zakażeń.

M. Bruce (Edynburg). 1. Oprócz wiądu, bywają zaburzenia w sznurach tylnych w całej ich długości, z wyjątkiem okolicy krzyżowej.

2. Nowotwory mózgu. Choroby tylnych sznurów powstają prawdopodobnie skutkiem wstępujących zwyrodnień korzonków, uszkodzonych przy wejściu do rdzenia przez opony, napięte zbyt wielką ilością płynu mózgowo-rdzeniowego, lub przez działanie toksyn, w myśl teoryi Obersteinera i Redlicha.

3. Syringomyelia. Obrażenia mają siedzibę: *a)* poza tylnem spojeniem; *b)* wzdłuż środkowej przegrody; *c)* jako wązki pas pomiędzy sznurami Golla i Burdacha.

4. „Ataxia Friedreicha". Głównem schorzeniem jest stwardnienie sznurów tylnych i przednio-bocznych. Co się tyczy tylnych sznurów, stwardnienie istnieje najczęściej w dolnej okolicy grzbietowej i zmniejsza się ku górze i ku dołowi.

5. Skombinowane stwardnienie sznurów tylnych i przednio-bocznych. To określenie obejmuje kilka chorób: rumień lombardzki (pellagra), ataktyczne porażenie Gowersa, „combinirte System-Erkrankung" autorów niemieckich, skombinowane zwyrodnienie w przebiegu ciężkiej niedokrewności, podostre złożone zwyrodnienie autorów angielskich.

A. Homén (Helsingfors) znajduje schorzenia tylnych sznurów w następujących chorobach:

1. Porażenie postępowe okazuje zmiany, podobne jak w wiądzie; różnice dotyczą tylko ilościowego udziału różnych systemów włókien i różnych odcinków rdzenia; 2. trąd; 3. nowotwory śródczaszkowe; zmiany dotyczą głównie włókien śródrdzennych; 4. zapalenia nerwów obwodowych; 5. przewlekłe zatrucie wyskokiem; zmiany w zgrubieniu lędźwiowem (mniej w zgrubieniu szyjnem) i w górnej części rdzenia, wyraźne zmiany w sznurze Golla; we wszystkich przypadkach zgrubienie przegród i ścian naczyniowych; 6. rak: rzadko zmiany tylnych korzonków pozardzennych, częściej zmiany korzonków śródrdzennych, choć mało wyraźne; 8. ciężkie postacie niedokrewności: schorzenia rozpoczynają się w postaci plam lub pasów w pewnej odległości od obwodu we wnętrzu tylnych sznurów, przeważnie koło naczyń; 8. stwardnienia, zwane złożonemi systematycznemi: zmiany sznurów tylnych polegają na powstawaniu ognisk zwyrodnienia lub zapalenia. Te ogniska, połączone często ze zmianami w naczyniach, rozpoczynają się i rozszerzają, przynajmniej z początku, wzdłuż przegród i naczyń; 9. uwiąd starczy: zagęszczenie mniej lub więcej rozlane neuroglii z zanikiem włókien nerwowych, przeważnie w sąsiedz-

twie naczyń, mniej lub więcej zgrubiałych, i zawsze głównie w tylnych sznurach.

Schorzenia w przebiegu ostrych zakażeń, zwane myelitycznemi, nie przeważają w tylnych sznurach. Zmiany czysto kiłowe rdzenia, zależne od zmian w oponach lub naczyniach, lub od nich niezależne, nie okazują szczególnej skłonności do zajęcia tylnych sznurów. Wyjaśnienia faktu, dlaczego w wielkiej liczbie różnych chorób zajęte są jedynie tylne sznury lub zajęte są więcej, aniżeli inne, należy szukać, przynajmniej w znacznej części, w ich układzie anatomicznym, w przebiegu korzonków śródrdzennych z ich nagłemi zgięciami i ich stosunkiem do sąsiednich włókien, w stosunku tylnych sznurów do nerwów obwodowych. Ten stan rzeczy czyni tylne sznury mniej odpornymi, niż inne i wystawia je w wysokim stopniu na drażniące wpływy, pochodzące z nerwów obwodowych.

† Profesor EDWARD ALBERT

Urodzony z ubogich rodziców, z pochodzenia i przekonania Czech, — dobija się ś. p. Edward Albert w niemieckich uniwersytetach najpierw w Innsbruku, później w Wiedniu stanowiska profesora chirurgii. Sama ta okoliczność świadczy znamiennie o ówczesnej nauce wiedeńskiej i jej przedstawicielach z jednej strony, a z drugiej o umyśle i charakterze zmarłego, po którym przyoblekła dnia 26 września b. r. żałobę nauka lekarska, uczniowie i Jego kochana ojczyzna.

Nauka straciła w Nim skrzętnego i głębokiego pracownika, uczniowie znakomitego, szanowanego i kochanego nauczyciela, a naród czeski wielkiego, dobrego i użytecznego obywatela.

Ś. p. Edward Albert ujrzał światło dzienne dnia 20 czerwca 1841 roku w Żamberku w Czechach. Po ukończeniu nauk gimnazyalnych w kraju ojczystym, udał się do Wiednia, zapisując się tu w poczet słuchaczów wydziału lekarskiego. Czas jego studyów uniwersyteckich przypada na chwilę największego rozkwitu nauk lekarskich w Wiedniu, co nie mogło zostać bez wpływu na wrażliwy i niepospolity umysł Alberta. Początki studyów przepędził wśród troski o codzienny byt, a polepszenie stosunków nastąpiło dopiero z chwilą wejścia w dom Rokitańskiego, który wnet zwrócił uwagę na niepospolite zdolności Alberta. Dom ten miał duże znaczenie w ukształtowaniu się jego przyszłości, tu bowiem zapoznał się z prof. Skodą, za którego wpływem dostał się później na katedrę wiedeńską.

Po świetnem ukończeniu studyów lekarskich, uzyskał Albert dyplom doktorski w r. 1867 i rozpoczął praktykę szpitalną na oddziele Lorinsera. Wkrótce przeszedł, jako praktykant, na klinikę chirurgiczną Dumreichera, gdzie odznaczywszy się prędko, szczególnie w kierunku bystrego rozpoznawania chorób, został asystentem; na tem stanowisku pracował u Strickera, przeprowadzając w jego pracowni doświadczenia z zakresu patologii, a równocześnie wybrał sobie jako główny kierunek pracy chirurgicznej mechanikę stawów, przedmiot, który go przez całe życie żywo zajmował.

W roku 1872 habilitował się na docenta chirurgii na podstawie pracy: „O zapaleniach w worku przepuklinowym“. W roku 1873 powołano Alberta na katedrę chirurgii do Innsbruka, gdzie spokojnie oddał się dalszym studyom w obranych za czasów asystentury kierunkach. Tu wydał on pracę doświadczalną „O goraczce“, wykonaną ze Strickerem i w jego pracowni; tu oddał się studyom historyi chirurgii, oraz nauce wyższej matematyki, którą zużytkował do dokładnego i umiejętnego opracowania mechaniki stawów, tu wreszcie podjął, jako jeden z pierwszych chirurgów Austryi, walkę o zasadę antyseptyki, którą nietylko wprowadził w swej klinice, lecz i wydał na jej podstawach pierwsze w tym kierunku dzieło chirurgiczne, które zyskało w całej Europie zasłużone uznanie. Znakomitego klinicystę, spokojnego i wybornie anatomicznie wykształconego operatora, znanego już w świecie uczonego, powołuje uniwersytet wiedeński, głównie za staraniem Skody, w r. 1881 na katedrę chirurgii, gdzie do dni ostatnich statecznie pracował, dopełniając sławy znakomitego uczonego i nauczyciela. Z dziedziny naukowej tej doby podnieść należy:

1) Prace o leczeniu gruźlicy stawów u dzieci, w których bronił zachowawczego postępowania, stojącego w przeciwieństwie do ogólnego wówczas poglądu, a będącego dziś ogólnie przyjętą metodą leczenia wspomnianych schorzeń.

2) Uzupełniające studya nad skrzywieniem kręgosłupa, nad „Coxa vara“, „Genu valgum“.

3) Atlas, ilustrujący obrazy zmian chorobowych w kościach, występujących w przebiegu „Osteomyelitis“.

4) Spostrzeżenia i doświadczenia nad uciskiem mózgowym, które bądź to sam, bądź to ze swymi uczniami, przeprowadzał.

5) Studya nad architekturą kości.

6) Nowe metody operacyjne, jak *a)* „Arthrodesis“, *b)* wycinanie kąta szczęki dolnej celem wyszukiwania „nervi mandibularis“, *c)* sposób operowania mięśniaków macicy, *d)* przeszczepianie kawałków nerwów.

7) Podręcznik do rozpoznawania chorób chirurgicznych, ulubiona książka uczniów i lekarzy.

W tej dobie doczekało się jego dzieło chirurgii potrójnego wydania; ostatnie t. j. czwarte w roku 1889/90.

Jako nauczyciel zdobył sobie swym jasnym, treściwym, prawdziwie mistrzowskim wykładem z jednej, a pełnym pedagogicznej znajomości systemem nauczania, z drugiej strony, miłość i powszechny szacunek uczniów i lekarzy.

Obok pracy naukowej i nauczycielskiej nie zaniedbywał ś. p. prof. Albert pracy w innych kierunkach; tak podnieść należy z Jego działalności społecznej czynny udział w pracach najwyższej Rady zdrowia, której członkiem był przeszło lat 20 i w której odgrywał pierwszorzędną rolę. Jako nauczyciel i egzaminator, brał udział w reorganizacyi nauk uniwersyteckich, wypracowując powierzony mu referat o nowym planie egzaminów ścisłych, który jednakowoż, mimo zasłużonego uznania w kołach zawodowych, nie doczekał się ustawowego przeprowadzenia.

Działalność polityczna ś. p. prof. Alberta ograniczała się do pracy w Izbie panów, do której od dłuższego czasu należał.

Pracując dla ludzkości, nauki i państwa, nie zapomniał On ani na chwilę o swej najbliższej ojczyźnie; przeciwnie, kochając ją miłością najlepszego obywatela, poświęcił cały wolny od obowiązków czas bezpośredniej pracy dla ukochanego narodu. Pracą tą, to przekład czeskiej poezyi na język niemiecki, — odsłonięcie tej narodowej skarbnicy myśli i uczuć cudzoziemcom, dowiadującym się z niej dokładnie o życiu narodu, który po iście cudownem odrodzeniu uzyskał nad wyraz szybko pełne prawa do samodzielnego bytu wśród cywilizowanych społeczeństw europejskich.

Ś. p. prof. Albert przełożył najpierw znaczną część utworów Vrchlickiego, a ułożywszy z nich antologię, wydał ją z obszernym wstępem o poecie rodaku.

Następne tłómaczenia wydał w cztero-tomowem dziele: „Poesie aus Böhmen“, uzupełnionem w bieżącym roku nową antologią: „Lyrisches und Verwandtes aus Böhmen“. Współcześnie wydał w spółce z panną Maryą Kreiserówną cały „Bukiet“ Erbena. Obok tłómaczenia, probował w ostatnim roku samodzielnego pióra poetyckiego pod pseudonimem E. Pohorskiego. Pracy tej oddawał się zmarły w zaciszu rodzinnem w Żamberku, gdzie spędzał zawsze ferye i gdzie dokończył nagle życia dnia 26 września b. r.

Dzieląc wraz ze światem naukowym żal, odczuwamy również ból pobratymczego narodu czeskiego po stracie Męża, który światową sławą swego nazwiska opromienił naród, który kochał, któremu zawsze wiernie, umiejętnie i użytecznie służył.

Cześć Jego pamięci! *Dr. Droba.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 października.

* D. 8. b. m. odbyło się w Uniwersytecie Jagiellońskim solenne otwarcie roku szkolnego 1900/1. Uroczysty ten obchód, któremu dodawało szczególnej powagi uświadomienie, że w dniu tym Akademia Kazimierza Wielkiego rozpoczyna drugie pięćsetlecie, zakończył się odczytem J. Magn. rektora M. L. Jakubowskiego, p. t.: »Pogląd na rozwój nauki o chorobach dzieci, obok innych gałęzi nauk lekarskich i przyrodniczych«.

* Otwarcie roku szkolnego w Uniwersytecie lwowskim nastąpiło w dniu dzisiejszym.

* W półroczu zimowem ubiegłego roku szkolnego liczył Uniw. Jag. uczniów 1331, w półroczu letniem — 1206; z tych na Wydziale lekarskim w półroczu zimowem — 167, w letniem — 148.

* Z dobrowolnych składek b. uczniów i wielbicieli ś. p. prof. Borysikiewicza, zmarłego przed rokiem w Gracu, ma być wmurowana tablica pamiątkowa w cerkwi w Białobożnicy (powiat czortkowski), wiosce rodzinnej nieodżałowanego profesora.

Grono ludzi, zajmujących się tą sprawą, uprasza o nadsyłanie na ten cel datków na ręce Dra Edwarda Krzyżanowskiego, zastępcy marszałka powiatowego w Buczaczu.

* Wydział krajowy mianował Dr. Seweryna Piotrowskiego sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

* Tegoroczne jesienne egzamina fizykackie odbędą się we Lwowie; na przyszłość odbywać się będą przemiennie: raz we Lwowie, drugi raz w Krakowie.

* Nr. 139 »Odczytów klinicznych« opuścił prasę; zawiera on rozprawę Dra Edwarda Flataua »O zapaleniu mózgu«.

* Dr. Semerad, niestrudzony wydawca lekarskiej bibliografii słowiańskiej w Pradze, zapowiada w liście do rosyjskich redakcyj pism lekarskich dalsze, stałe, kwartalne, wydawnictwo; wypowiada on jednocześnie nadzieję, że może już w niedalekim czasie rozpocznie ogłaszanie słowiańskiej bibliografii lekarskiej w języku francuskim.

* Komitet farmaceutyczny przy Najwyższej Radzie zdrowia w Wiedniu rozpoczął wstępne przygotowania do ósmego wydania farmakopei austryackiej.

* Europejska prasa lekarska jest powściągliwą w ocenianiu XIII. międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Paryżu; przyczyny tej »rezerwy« należy dopatrywać w politycznych stosunkach międzynarodowych. Zupełnie w odmienny sposób postępują dziennikarze rosyjscy, którzy we wszystkich swych tygodnikach wypowiedzieli gorzkie, lecz zupełnie usprawiedliwione i zasłużone słowa prawdy: ze względu na braterskie stosunki na innych polach, są to prawdziwe Brutusowe sądy, nacechowane bezwzględną bezstronnością.

* Dr. Marceli Baudouin zapowiada w ostatnim N. „*Gazette médicale de Paris*“, że począwszy od 1. stycznia 1901 r., obok ogólnej »*Bibliographia Medica*“, którą przeznacza tylko dla bibliotek i t. d., zamierza wydawać „*Bibliographies spéciales*“, obejmujące 6 podstawowych specyalności (I. anatomia, fizyologia i weterynarya; II. higiena i medycyna sądowa; III. terapia i farmakologia; IV. medycyna wewnętrzna; V. chirurgia; VI. ginekologia, położnictwo i pedyatra. Specyalne te bibliografie będą przeznaczone dla specyalistów, klinik i pracowni naukowych.

* Związek prasy niemieckiej uchwalił podczas swych obrad w Akwisgranie rozpocząć rokowania, ażeby już w przyszłym roku, na zebraniu się kongresu prasy w Brukseli, mógł wejść do organizacyi związku międzynarodowego prasy.

* W celu stwierdzenia związku przyczynowego między moskitami a zimnicą, zrobił Patrick Manson bardzo pouczające doświadczenie. Pod kierunkiem Bignamiego i Bastianellego złapano wielką liczbę moskitów i puszczono je do izby, w której przebywał chory na zimnicę trzeciaczkę. Gdy owady te nassały się krwi chorego, złapano je, umieszczono w pudełeczkach z dostępem powietrza i następnie wysłano do Londynu; tu syn Patricka Mansona dozwolił na sobie nasycić się tym moskitom i po kilku dniach zapadł na typową postać zimnicy-trzeciaczki z stwierdzonemi plasmodyami we krwi; ponieważ nie przebywał on nigdy w okolicy zimniczej i przed tem był zupełnie zdrów, przeto doświadczenie to nabiera znaczenia faktu dodatniego. Po zażyciu chininy zimnica ustąpiła. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41).

* Profesorowie: Müller, Pertik i doc. Frank wysłani zostali przez rząd węgierski do Glasgowa dla badania epidemii moru.

* Nadzwyczajny wzrost chorób płciowych śród młodzieży uniwersytetów niemieckich, spowodował higienistę M. Grubera do wydania w imieniu 20 profesorów, — głównie higienistów z Austryi, Niemiec i Szwajcaryi — odezwy, nawołującej do poprawy obyczajów w imię przyszłości młodzieży. Odezwa ma być napisana dosadnie, przekonywująco i będzie rozdawaną przy wpisie studentów w kwesturze.

Mianowania i odznaczenia. Nadzw. prof. Uniw. w Monachium Oeller został na miejsce Ewersbuscha mianowany prof. okulistyki w Erlandze. Dr. Tigerstedt ze Sztokholmu został mianowany prof. zwycz. fizyologii w Helsingforsie. Nadzw. prof. czeskiego Uniw. w Pradze Dr. Kuffner mian. został prof. zwycz. neurologii i psychiatryi. Dr. Zołotowicz mianowany posłem bułgarskim w Paryżu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Władysław Szancer, l. 64 — w Warszawie. Dr. Marini, wynalazca sposobu konserwowania trupow, w Neapolu. Dr. Arndt Rudolf, prof. kliniki psychiatrycznej w Gryfii, w 65 r. życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Krytyce lekarskiej* Nr. 10: Dr. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi. Studyum krytyczne. Dr. Zahorskiego W.: Gabinet anatomiczny Uniwersytetu i Akademii medyko-chirurgicznej w Wilnie. Dr. Peszke J.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 10: Dr. Świąteckiego I.: Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki. Dr. Sonnenberga E. Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki (c. d.). Dr. Saksa J.: Sprawozdanie z przytułku położniczego przy Szpitalu im. małżonków Poznańskich (dok.). Dr. Fidlera H.: Szpitalnictwo w gubernii Radomskiej. W *Medycynie* Nr. 40: Dr. Kramsztyka J.: O rumieniu powracającym podobnym do płonicy. Zembrzuskiego L.: O wynikach przecinania zwężeń cewki moczowej sposobem Maisonneuvea. W *Postępie okulistycznym* Nr. 9: Dr. Rymowicza F.: W sprawie patogenezy i biologii prątka Morax-Axenfelda. Dr. Majewskiego K. W.: O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy (dok.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 40: Prof. Browicza: Patogeneza żółtaczki. Pruszyńskiego J. O powstawaniu i wydzielaniu się kwasu moczowego, oraz o warunkach wytwarzania złogów moczowych (c. d.). Bronowskiego Sz.: Wady serca a choroby nerek (dok.). W *Zdrowiu* Nr. 181: Dr. Kozłowskiego St.: Co wiemy o żywieniu się ludu naszego? Dr. Higiera H.: W sprawie higieny ciała i ducha ze stanowiska lekarsko-pedagogicznego (dok.).

Redakcya otrzymała:

Dr. Guranowski L.: O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. (Odbitka z „Medycyny“ 1900).

Dr. Ivo Žirovčič: Die Sanitären Verhaltnisse und Einrichtungen in Kroatien und Slavonien. Agram 1900.

Dr. Kurkiewicz: W sprawie zakładów leczniczych jeszcze me »trzy grosze«. (Odbitka z „Przewodnika Zdrowia“, Nr. 8., 1900).

A. Wróblewski: Mleko krakowskie, Kraków, 1900.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Fr. Krzyształowicz wyłoży rzecz p. t. „Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**